

## Advanced Allergy & Asthma Care, PLLC - Spanish Child Registration Form

### REGISTRO DE NIÑOS

|  |  |
|--|--|
| Nombre del Niño:   | Fecha de nacimiento:                             |
| Sexo:  | SSN:   |
| Padre / tutor:   | Madre / tutor:                                   |
| Niño reside con:   | La información puede ser revelada a mamá / papá: |
| <b>Información del Padre</b>   | <b>Información de la Madre</b>                   |
| Dirección: _____<br>_____  | Dirección: _____<br>_____                        |
| Teléfono de casa:  | Teléfono de casa:                                |
| Teléfono del trabajo:  | Teléfono del trabajo:                            |
| Teléfono móvil:  | Teléfono móvil:                                  |
| Fecha de nacimiento:   | Fecha de nacimiento:                             |
| SSN:   | SSN:   |
| Licencia de conducir No:   | Licencia de conducir No:                         |
| Correo electrónico (para notificarle de cualquier cambio en el cargo u horas rodadas): |  |
| Contacto de emergencia y número de teléfono:   |  |

**Autorización de Divulgación de información:**

A veces se nos pide que revelar información médica a las compañías de seguros para verificar las demandas que les sean presentados por los servicios cubiertos por su póliza. Su firma aquí hay una "Autorización de firma de por vida" para la liberación de la información y la autorización de pago de beneficios médicos a esta oficina de las reclamaciones presentadas.

**Autorización de Beneficios del Seguro:**

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos de avanzada Allergy & Asthma Care, PA por los servicios prestados por ella o bajo su supervisión. Entiendo que soy financieramente responsable de co-pago. deducibles y cualquier cantidad no cubierta por el seguro

**El consentimiento de las personas distintas Entonces el padre o tutor legal debe traer a citas médicas:**

Doy permiso para que este paciente sea llevado a citas con el médico y para el doctor o el personal médico para discutir el tratamiento médico a realizar sobre mi hijo, incluyendo pero no limitado a los cambios en el tratamiento de avanzada Alergia y cuidado del asma, PA por las siguientes personas :

Nombre & Relación:

\_\_\_\_\_

**El consentimiento para el tratamiento y el cuidado de los menores**

Yo, \_\_\_\_\_, (padre o tutor legal) hereby dar su consentimiento para el tratamiento y cuidado de \_\_\_\_\_, (Nombre del paciente) en Avanzada Allergy & Asthma Care, PLLC.

\_\_\_\_\_ del padre o tutor de Padres

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Nombre completo Impreso

Firma

Raza: Blanca, Afroamericanos, Asiático-Americano, Nativo de Alaska, Nativo de Hawai o Isleño del Océano Pacífico: ¿Es usted Hispano / Latino? Sí No

Idioma preferido: Inglés o Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo no contestar